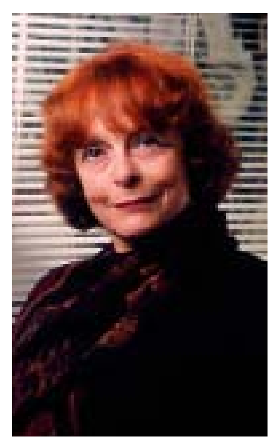
prozedurale oder implizite Gedächtnis. Dieses Gedächtnis ist unabhängig von bewusster Erinnerung und dient dazu, rasche und fehlerfreie Leistungen ohne Nachdenken zu ermöglichen. Prozeduren, die wir bereits in unseren frühesten Lebensabschnitten erlernen, bleiben in diesem Gedächtnissystem aber lebenslang erhalten. Das gilt auch für grundlegende Beziehungsmuster, die in den ersten zwei bis drei Lebensjahren erworben werden, noch bevor das explizite Gedächtnis voll funktionsfähig ist. Tierexperimente zeigten, dass unzulängliche frühe Beziehungserfahrungen später zu Störungen der emotionalen und physiologischen Selbstregulation führen, nicht etwa, weil sie „verdrängt" wurden, sondern weil sie im impliziten Gedächtnis abgelegt worden sind.

Die Inhalte des impliziten Gedächtnisses können nicht in Worte gefasst werden, weil sie vor dem Spracherwerb gespeichert wurden. Eine Aufgabe der Therapie ist es dann, die namenlosen Traumata, die der Betroffene in seinen ersten Lebensjahren erfahren hat, in bewusste Erinnerung zu übersetzen. Erkennen und Einsicht allein nützen dazu aber wenig. „Die frühen Traumata müssen erfahren und neu durchlebt werden, und zwar in der Beziehung zum Analytiker", sagt Prof. Dr. Christa Rohde-Dachser, Vorsitzende des Instituts für Psychoanalyse der DPG in Frankfurt/Main. In der therapeutischen Beziehung werden die zunächst nicht verbalisierbaren destruktiven Beziehungsmuster unbewusst in Szene gesetzt, das heißt neu durchgespielt, wobei auch die mimische und affektive Kommunikation zwischen Patient und Therapeut eine wesentliche Rolle spielt. Gelingt es auf diese Weise, die frühen unbewussten Traumata in ein Narrativ zu übersetzen, gewinnt der Patient auch die Handlungsfähigkeit zurück, ganz bewusst nach anderen, besseren Lösungen zu suchen.

Dr. phil. Marion Sonnenmoser

Literatur

1. Beutel ME: Neurowissenschaften und Psychotherapie. Psychotherapeut 2002; 1: 1–10.
2. Gödecke-Koch T, Emrich HM: Biologische Korrelate bei der Erklärung von Persönlichkeitsstörungen. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 2001; 4: 607–618.
3. Rohde-Dachser C: Das Borderline-Syndrom. 6. Aufl., Bern: Hans Huber, 2001.



Prof. Dr. Christa Rohde-Dachser, Vorsitzende des Instituts für Psychoanalyse der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft und Mitherausgeberin der Zeitschrift „Psyche" Foto: privat

INTERVIEW

PP: *Was bedeuten neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die konkrete psychoanalytische Arbeit?*

Prof. Dr. Christa Rohde-Dachser: Neurowissenschaftliche Erkenntnisse bestätigen in vielem die Grundannahmen der Psychoanalyse. Dies gilt insbesondere für die prägende Bedeutung früher Beziehungserfahrungen und den Einfluss unbewusster Verarbeitungsprozesse auf menschliches Handeln. Die frühen, prägenden Beziehungsmuster entstammen einer Zeit, in der das autobiografische Gedächtnis noch nicht entwickelt ist. Sie werden im prozeduralen (impliziten) Gedächtnis gespeichert, als einem vom autobiografischen (expliziten) Gedächtnis getrennten System, das vorbewusst ist und deshalb auch nicht durch freie Assoziation erschlossen werden kann. Die im prozeduralen Gedächtnissystem verankerte innere Situation des Patienten lässt sich nur über die Gefühle und Fantasien erfassen, die der Patient unbewusst auf den Analytiker richtet (Übertragung), der darauf zunächst ebenfalls unbewusst mit entsprechenden Gefühlen und Fantasien antwortet (Gegenübertragung des Analytikers). In der psychoanalytischen Behandlung geht es um diese szenische Interaktion zwischen Patient und Analytiker, die durch eine sorgfältige Analyse erschlossen werden kann. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von „Handlungsdialog" (Klüwer) oder „szenischem Verstehen" (Argelander, Lorenzer). Das szenische Verstehen ermöglicht einen Zugang zum prozeduralen Gedächtnis des Patienten, das mit sprachlichen Mitteln nicht erfasst werden kann.

Diese Weiterentwicklung der psychoanalytischen Methode geschah in Deutschland seit den Siebzigerjahren zunächst ganz unabhängig von neurowissenschaftlichen Erkenntnissen. Heute werden diese demgegenüber vor allem für die wissenschaftliche Fundierung der psychoanalytischen Methode herangezogen. Zugang zu unbewussten Gefühlen, Fantasien und pathologischen Beziehungsmustern zu gewinnen, heißt übersetzt in die Sprache der Neurowissenschaft, die Aufmerksamkeit des Psychoanalytikers vom autobiografischen Gedächtnis auf das prozedurale Gedächtnis des Patienten zu lenken, um dort eine Veränderung zu bewirken. Dazu müssen – anders als von Freud postuliert – keine verdrängten Erinnerungen aufgedeckt werden; das kann nur über das autobiografische Gedächtnis erfolgen. Die im prozeduralen Gedächtnis gespeicherten Beziehungsmuster können nicht erinnert werden. Ihre Veränderung muss deshalb über die Analyse der Übertragung erfolgen, in der sich diese frühen Beziehungsmuster niederschlagen. Die Hauptaufmerksamkeit in der psychoanalytischen Behandlung liegt deshalb heute in der Bearbeitung der Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellation.

PP: *Welche Bewältigungs- und Überlebensstrategien entwickeln Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen?*

Rohde-Dachser: Patienten, insbesondere mit Borderline-Störungen, haben bereits in der Kindheit Mechanismen entwickelt, die ihnen auch in einer feindlichen Umwelt das Überleben ermöglichen. Dazu gehört vor allem der jederzeit mögliche Rückzug vor unerträglichen Konflikten in ein von der übrigen Persönlichkeit abgespaltenes inneres Universum, das ganz nach den eigenen Bedürfnissen und Fantasien des Patienten konstruiert ist. In der Regel liefert dieses narzisstische Refugium so viele Gratifikationen, dass

> „Mechanismen, die in einer feindlichen Welt das Überleben ermöglichen"

der Patient sich immer wieder dorthin zurückzieht, wenn die Realität unerträglich wird, und dann auch in der psychoanalytischen Behandlung wenig Bereitschaft zeigt, sich seinen Konflikten zu stellen.

Die dazugehörigen Abwehrmechanismen sind Spaltung und Verleugnung. Die Fähigkeit zur Realitätsprüfung wird dadurch nicht beeinträchtigt. Ein weiterer Abwehrmechanismus ist der der projektiven Identifizierung. Dabei werden unerträgliche Selbstanteile auf das Gegenüber projiziert, wo sie dann bekämpft werden können, oft aber auch Verfolgungsängste auslösen. Auch dies ist eine lebenserhaltende Strategie, weil sie erlaubt, innere Konflikte auf die Ebene von Beziehungskonflikten zu heben und sich auf diese Weise von Schuldgefühlen zu entlasten. Weil diese Patienten nicht glauben können, dass sie wirklich geliebt werden, werden zudem oft Maßnahmen ergriffen, um den anderen unter Druck zu setzen, damit er verfügbar bleibt. Diese Manipulationen reichen bis hin zu Suizidversuchen.

„Die Manipulationen reichen bis hin zu Suizidversuchen.“

Um die unerträgliche innere Leere auszufüllen, fühlen sich Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen oft darauf angewiesen, sich über Selbstverstümmelungen oder andere süchtige Verhaltensweisen wieder ein Gefühl von Lebendigkeit zu verschaffen. Diese Bewältigungsversuche haben eine lebenserhaltende Funktion und können deshalb nur schwer aufgegeben werden.

PP: *Mit welchen Problemen haben Psychoanalytiker zu rechnen, wenn sie Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen behandeln?*

Rohde-Dachser: Die Risiken sind erheblich: Suizidversuch, Suizid, Selbstverstümmelung, andere Formen pathologischen Ausagierens, vorübergehendes Abgleiten in die Psychose. Hinzu kommt die ständige Gefahr, in die massive Übertragung des Patienten hineingezogen zu werden und dabei selbst die beobachtende dritte Position zu verlieren. Der Psychoanalytiker reagiert dann ganz aus seinen Gegenübertragungsgefühlen heraus. Dabei kann es zu einer übermäßigen Verurteilung des Patienten kommen, die ihrerseits pathologisierend wirkt, aber auch zu therapeutischen Übergriffen bis hin zu sexuellem Missbrauch. Eine regelmäßige Supervision kann diesem Risiko vorbeugen.

PP: *Wo liegen die Grenzen der Therapierbarkeit von Persönlichkeitsstörungen durch die Psychoanalyse?*

Rohde-Dachser: Anders als noch von Freud vermutet, liegen die Grenzen der Therapierbarkeit nicht in der mangelnden Übertragungsfähigkeit dieser Patienten. Es gibt keine therapeutische Beziehung ohne Übertragung, allenfalls eine therapeutische Beziehung, in der der Patient sich mit allen Mitteln gegen das Registrieren der Übertragung wehrt. Die Frage ist eher, wie weit bei aller Adaptionsfähigkeit neuronaler Strukturen die Veränderbarkeit von Hirnstrukturen dauerhaft so eingeschränkt ist, dass bestimmte pathologische Beziehungs- und Verhaltensweisen nicht mehr modifiziert werden können.

Eine mindestens ebenso wichtige Frage ist aber auch, wie groß das Ausmaß der Angst vor Veränderung beim Patienten ist, sodass er es nicht wagt, neue Schritte zu versuchen, obwohl er dazu grundsätzlich in der Lage wäre. Voraussetzung für einen Therapieerfolg sind vor allem Verständnis für die spezifischen (strukturell bedingten) Schwierigkeiten des Patienten, die Bereitschaft, sich mit der Therapie in ein gewisses Abenteuer einzulassen, dessen Ausgang ungewiss ist, das Wissen um die Begrenztheit der eigenen Fähigkeiten und – dies vor allem – Geduld. Man kann von der Therapie keine Wunder erwarten. Aber man sollte ihr auch keine allzu schlechte Prognose stellen. Eine längere, sicherheitsgebende Interaktion mit einem Therapeuten, der bereit ist, die Schwierigkeiten des Patienten zu verstehen und mit ihm zusammen eine Zeit lang zu tragen, ist niemals umsonst. Oft kann sich an eine solche, vor allem Halt gebende therapeutische Interaktion später eine reguläre Psychoanalyse anschließen.

PP-Fragen: Dr. phil. Marion Sonnenmoser

Referiert

Arbeitsbündnis

Empathie ist entscheidend

Das Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Patient wird maßgeblich von persönlichen Qualitäten und Techniken des Therapeuten beeinflusst. Welche Eigenschaften und Techniken den größten Einfluss haben, untersuchten die Autoren, indem sie einschlägige Studien auswerteten. Folgende Eigenschaften des Therapeuten sind für die Entwicklung und Aufrechterhaltung des therapeutischen Arbeitsbündnisses positiv: Zuverlässigkeit, Erfahrung, Vertrauenswürdigkeit, Freundlichkeit, Offenheit und Ehrlichkeit. Zu den Techniken, die das Arbeitsbündnis fördern, gehören unter anderem eine transparente Kommunikation und die genaue Interpretation der Äußerungen des Patienten durch den Therapeuten. Ein Therapeut, der in die Beziehung zum Patienten investiert, zeichnet sich darüber hinaus durch Enthusiasmus, Interesse, Erforschungsdrang, Eingebundenheit und Engagement aus. Seine Empathie zeigt sich darin, dass er den Patienten bejaht und bekräftigt, ihm hilft und unterstützt, Verständnis zeigt und emotionale Wärme gibt. Die Wirkung dieser Eigenschaften und Techniken ist weitgehend unabhängig von der psychotherapeutischen Orientierung und von der Art der psychischen Störung. „Empathie oder Vertrauen sind universale Grundlagen für jede Therapieform, bei der die Beziehung zwischen Therapeut und Patient eine wichtige Rolle spielt“, sagen die Autoren. **ms**

Ackerman SJ, Hilsenroth MJ: A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. Clinical Psychology Review 2003; 23: 1–33.

Steven J. Ackerman, The Austen Riggs Center, P.O. Box 962, 25 Main Street, Stockbridge, MA 01262, USA, steven _ackerman@hms.harvard.edu